DE

LA CATARACTE

SON EXTRACTION DIRECTE

(*Extrait de la* FRANCE MÉDICALE.)

Paris. — Typ. PILLET fils aîné, 5, rue des Grands-Augustins.

3.

DE

LA CATARACTE

SON EXTRACTION DIRECTE

NOUVEAU PROCÉDÉ

Par le Dr TAVIGNOT

Professeur d'ophthalmologie
Ex-médecin interne des hôpitaux de Paris, et Chef de clinique
des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié.





PARIS

P. ASSELIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR
4, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1867

DE

LA CATARACTE

SON EXTRACTION DIRECTE

Le procédé *par extraction directe*, comme je l'appelle, est des plus simples et des plus rationnels, à ce point qu'on se demande, en le voyant exécuter, comment il se fait qu'il n'ait pas été imaginé plus tôt. Il semble, en réalité, moins difficile à inventer que les différents autres modes d'extraction usités jusqu'à présent. Mais le facile n'est-il pas ce qui nous préoccupe le moins ?

La vérité est que je n'ai découvert que d'une manière successive les trois éléments fondamentaux qui font de l'extraction directe ce qu'elle est aujourd'hui.

J'ai constaté, d'abord, contrairement à l'opinion généralement reçue, que l'on pouvait

s'attaquer impunément à la cornée, ailleurs qu'à sa circonférence.

J'ai imaginé ensuite une forme spéciale d'incision qui aux avantages de *l'incision semi-lunaire* pour l'espace qu'elle fournit joint l'innocuité de l'*incision linéaire.* On n'y avait point encore songé.

J'ai inventé enfin un kératotome tout à fait nouveau dont le dernier modèle courbe m'a permis d'appliquer, désormais, à toutes les espèces de cataractes, molles ou dures, petites ou volumineuses, le même traitement.

Ce dernier modèle instrumental, qui résout la question, n'est lui-même qu'un perfectionnement du kératotome droit que j'ai fait fabriquer il y a plus de dix ans par M. Charrière, et qui n'est devenu ce qu'il est aujourd'hui qu'à la suite de modifications définitives exécutées par M. Mathieu sur mes indications.

Telle est la découverte que j'ai pris à tâche de généraliser.

On pourrait donner au procédé opératoire qui nous occupe le nom de *procédé triangulaire*, eu égard à la forme de l'incision de la cornée, et pour le distinguer des procédés semi-lunaire et linéaire.

Il eût été également assez rationnel de l'appeler, par analogie avec ce dernier, *procédé*

bi-linéaire, vu le tracé rectiligne des deu incisions qu'il présente.

Il m'a paru, toutefois, préférable, pour caractériser davantage encore notre manière de faire, de lui assigner une dénomination qui fasse mieux ressortir le but auquel elle vise : celui d'extraire directement le cristallin opaque; but auquel on arrive plus vite et plus sûrement ici qu'ailleurs, et par la position donnée à l'ouverture de la cornée, et par la manœuvre de l'instrument lui-même.

Tel est le motif qui m'a déterminé à conserver le nom d'*extraction directe* que j'avais déjà assigné à ce procédé, il y a plusieurs années (voyez *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 118), et qu'il est appelé à justifier de plus en plus, grâce aux perfectionnements successifs qu'il a subis.

Il est toujours assez difficile de parler d'un procédé nouveau sans dire quelques mots de ceux qu'il vient remplacer, ne fût-ce que pour montrer en quoi il en diffère, et mieux faire ressortir son caractère distinctif. Tel est le motif qui nous a fait parler de l'extraction en général, puis de l'extraction linéaire en particulier, avant de traiter de l'extraction directe elle-même.

*

§ Ier.

De l'extraction en général.

L'abaissement, le broiement et l'extraction sont trois opérations si radicalement différentes qu'il n'y a pas, à dire vrai, de parallèle à établir entre elles, si ce n'est au point de vue des résultats cliniques que chacune d'elles fournit dans la pratique.

Ces résultats, abstraction faite de toute mise en scène, étayée sur des séries plus ou moins heureuses, et en ne chiffrant que les succès complets, nous ont toujours paru devoir être formulés ainsi : sur 100 opérations,

L'abaissement donne de 50 à 55 succès;

Le broiement donne 60 à 65 succès;

L'extraction donne de 70 à 75 succès.

Mais, en dehors de cette supériorité numérique, l'extraction est encore préférable aux autres méthodes, et cela à un autre point de vue : celui d'être applicable à toutes les cataractes séniles sans rien perdre de sa valeur absolue, tandis que l'abaissement ne saurait été employé avec succès dans la cataracte molle, de même que le broiement est contre-indiqué dans la cataracte dure.

L'extraction a encore sur ces deux méthodes d'autres avantages particuliers :

On sait mieux ce que l'on fait avec elle, et ce que l'on fait se traduit par des résultats plus sensibles, plus immédiatement appréciables, et qui laissent, par conséquent, moins de prise à l'imprévu.

Von Græfe exprime la même opinion en des termes auxquels je donne toute mon approbation :

« Qui s'étonnerait, dit-il, de ce résultat que nous donne l'expérience, en pensant à l'effet qu'exerce la lentille, sortie de sa capsule, sur les parties internes de l'œil ; en songeant à la possibilité de sa réascension, et surtout aux trois séries de phénomènes morbides qui tendent à compromettre le succès obtenu et qui sont :

« Les inflammations plastique et suppurative des membranes internes ; les infiltrations du tissu même du corps vitré dans lequel la cataracte a été enfoncée ; et enfin les inflammations sécrétoires avec un caractère glaucomateux. »

Plus loin il ajoute, avec non moins de vérité :

« Avant tout, il faut avouer que nous sommes tout à fait dépourvus de moyens pour calculer ou soupçonner d'avance les revers de

l'abaissement dans chaque cas individuel : tandis qu'un abaissement fait dans les plus mauvaises conditions générales et locales aboutit souvent à un succès très-satisfaisant et durable, nous ne pouvons pas prétendre que la chance de rester indemne des conséquences funestes énumérées plus haut s'accroisse d'une façon rassurante pour des conditions modèles.

« Est-ce que l'œil opéré jouira à la longue de l'indifférence souhaitable vis-à-vis du corps irritant que nous lui imposons, ou réagira-t-il de manière à entraver notre but?

« Voilà une question à laquelle nous pouvons aussi peu répondre que, en général, nous pouvons prévoir la réaction des parties organiques contre quelque corps étranger.

« Et s'il est vrai que, pour y répondre, nous soyons tout aussi embarrassés que pour prophétiser le bon et le mauvais temps, il n'est, en fin de compte, ni encourageant pour notre esprit de travailler sur des données aussi inconnues, ni satisfaisant pour notre art de soumettre à un pareil jeu de hasard chaque malade qui nous confie son bonheur. » (Voy. *De l'extraction linéaire modifiée*, traduction par Ed. Meyer, p. 7.)

Le broiement, auquel il faut rattacher la

discision de la capsule, n'offre pas, il est vrai, les mêmes dangers que l'abaissement ; mais il en a qui lui sont propres quand il est appliqué aux cataractes séniles, et qui tiennent à la trés-longue durée du travail de résorption chez les vieillards, aussi bien qu'aux inflammations intercurrentes qui, venant l'entraver encore de temps en temps, finissent souvent par provoquer le développement d'irido-choroïdites chroniques d'une guérison difficile.

Le broiement ne reprend, en définitive, sa valeur réelle qu'autant qu'il est mis en usage pour des cataractes congénitales ou traumatiques, et sur des sujets qui n'ont pas dépassé l'âge de 15 ans.

L'extraction, abstraction même de sa valeur au point de vue de la statistique, aura toujours sur les méthodes précédentes le grand avantage d'enlever d'emblée l'obstacle à la vision, c'est-à-dire la cause matérielle de la cécité, au lieu de se borner à la déplacer ou à la fragmenter.

On a pu discuter ses résultats ; on n'a jamais attaqué son principe d'une manière sérieuse. Or, ces résultats, déjà si favorables, peuvent le devenir bien plus en raison même d'une application plus heureuse du principe lui-même.

Selon nous, en effet, les conditions à rem plir pour une application aussi parfaite que possible du principe de l'extraction sont multiples :

Il faut une manière de faire qui ne lèse la cornée que dans la mesure exacte du traumatisme qu'elle peut tolérer, tout en ménageant et l'iris et le corps vitré.

Le procédé de Daviel satisfait évidemment à plusieurs de ces exigences; et voilà la cause de ses succès. Mais il ne les satisfait pas toutes, et tel est le motif de ses revers.

Le vice capital du procédé semi-lunaire gît tout entier dans l'existence même d'un lambeau taillé dans la cornée, et taillé dans des conditions telles que la portion libre et flottante de ce même lambeau se trouve si éloignée de sa base d'alimentation, qu'il en résulte parfois un abaissement de vitalité qui se traduit plus ou moins vite à l'extérieur par une infiltration plastique dont la nécrobiose ne tarde guère à être le résultat.

Il est d'ailleurs impossible de prévoir à l'avance le degré de vitalité de la cornée sur lequel on a le droit de compter, car cette vitalité spéciale n'est pas en rapport direct et forcé avec la vitalité générale de l'organisme; elle est même susceptible de varier d'un œil

à l'autre comme l'observation le démontre tous les jours aux partisans de l'extraction semi-lunaire.

§ II

De l'extraction linéaire en particulier.

L'étude de l'extraction de la cataracte, prise à ses différentes phases, nous montre, une fois de plus, la tendance naturelle de l'esprit humain, qui s'attache plus volontiers à tirer de faits déjà acquis des déductions plus ou moins rigoureuses, qu'à découvrir des faits tout à fait nouveaux et dont les conséquences rationnelles serviraient souvent beaucoup mieux pour atteindre le résultat auquel on vise.

Ainsi, une cataracte d'un médiocre volume tombe dans la chambre antérieure de l'œil; elle se trouve, par conséquent, en rapport immédiat avec la circonférence de la cornée; Méry ponctionne là cette membrane, et en extrait le corps opaque avec la plus grande facilité.

P. Du Petit l'imite bientôt dans les mêmes circonstances. On peut donc dire que dès 1707 l'ère de l'extraction linéaire est ouverte.

C'est d'elle, en réalité, que procède l'ex-

traction semi-lunaire; car, tout en créant une ouverture plus grande, à l'aide d'une contre-ponction, pour livrer passage à une cataracte non luxée, Daviel et ses successeurs ne quittèrent pas la périphérie de la cornée, dans laquelle est toujours taillé l'énorme lambeau qui doit livrer passage au cristallin.

Plus tard, il est vrai, Siegwart, Palucci et Wardrop essayèrent de rompre avec la tradition en ouvrant à la cataracte une issue plus centrale. Mais, malgré ces essais pleins de hardiesse et d'une originale conception, personne n'eut l'idée de se demander si la circonférence de la cornée, loin d'être un lieu d'élection, en quelque sorte fatal, ne pourrait pas être abandonnée pour un point différent qui mettrait, dans tous les cas, l'ouverture de sortie du corps opaque plus en rapport avec la position occupée par ce corps opaque lui-même.

Il a suffi que les essais tentés par les auteurs précédents fussent défectueux pour que l'idée qui les avait inspirés fût regardée comme mauvaise, et bientôt abandonnée comme telle.

Von Græfe a fait plus; dans son dernier procédé, il empiète même sur la sclérotique pour établir, par ponction, son incision linéaire, ne craignant pas, en se rapprochant ainsi du cercle ciliaire, d'exposer ses opérés au déve-

loppement ultérieur d'une ophthalmie sympathique que l'on sait être si fréquente à la suite des blessures de cette région du globe oculaire.

Quoi qu'il en soit, et eu égard à l'innocuité de l'opération elle-même, nous n'aurions rien à objecter aux partisans de l'extraction linéaire, relativement à la position périphérique de leur incision, si cette même incision facilitait la sortie du corps opaque.

Il est loin d'en être ainsi.

En effet, abstraction faite des opérations combinées de Gibson et de Travers, sur lesquelles il n'y a plus, je crois, à revenir, tant elles sont critiquables, n'est-il pas évident que l'extraction linéaire n'est devenue réalisable en grand que du jour où l'iridectomie lui a été adjointe, de manière à donner naissance à un nouveau procédé que son auteur, Von Græfe, nomme *procédé linéaire modifié*, et qui, selon moi, mérite encore mieux le titre de *procédé linéaire compliqué*.

Les modes opératoires de Waldau, Critchett et Bowmann ne paraissent pas, d'ailleurs, plus simples d'exécution que celui de l'inventeur même.

Il semble, pour ainsi dire, en suivant dans tous leurs détails chacune des descriptions données par ces auteurs, d'ailleurs aussi ha-

biles qu'expérimentés, qu'ils se soient donné pour mission d'accumuler devant eux le plus de difficultés possible afin d'avoir l'honneur d'en triompher.

On redoutait, jusqu'à présent, une compression exagérée du globe oculaire, dans la crainte de provoquer la hernie du corps vitré; ils tiennent l'œil fortement tiraillé en bas, sans se préoccuper beaucoup de la constriction exercée en haut par le muscle droit supérieur.

On abrégeait le plus possible le passage des instruments énucléateurs; ils font, Waldau en particulier, du curage de l'intérieur de l'œil la partie la plus importante de leur opération.

On évitait, autant que faire se pouvait, la section accidentelle de l'iris; ils font de son excision partielle l'une des conditions fondamentales de leur méthode.

Mais, je le sais, à toutes ces objections, on peut me répondre par les succès obtenus, et dont je me garderai bien de vouloir atténuer l'importance; car, s'il est évident que ces succès tiennent réellement au procédé linéaire et en tant que procédé linéaire, ils ne sauraient être rattachés aux obstacles mêmes que ce procédé rencontre dans son exécution, et dont il faut triompher coûte que coûte.

En d'autres termes, ces succès devien-

draient-ils moins beaux si, tout en conservant à l'incision linéaire sa supériorité si réelle sur l'incision semi-lunaire, on rendait la première opération plus facile, plus sûre, et surtout moins compliquée.

Von Græfe lui-même ne nie pas que l'on puisse faire mieux que ce qui a été fait jusqu'à présent en Prusse et en Angleterre.

« En considérant, dit-il, les inconvénients, quoique peu graves, d'une excision de l'iris, il est tout naturel de se demander si l'on ne peut pas éloigner le cristallin sans excision de l'iris, aussi bien dans le procédé prescrit que dans le procédé à lambeau.

« Si l'on pouvait, sans danger, éviter cette excision, on ferait naturellement cette opération en bas, ce qui est beaucoup plus facile que de la faire en haut. Quoique je n'aie pas expérimenté jusqu'à présent une telle pratique, je suis pourtant fortement disposé à la déconseiller : car, accordé que le cristallin sortirait de notre plaie, dans beaucoup de cas, sans contusionner l'iris d'une manière excessive, la situation périphérique de l'incision me paraît pourtant produire une disposition trop grande au prolapsus consécutif de l'iris pour courir ce risque en s'abstenant de l'iridectomie. » (Voy. *loco cit*, p. 88.)

Ainsi donc, et d'après ce passage de son travail, on voit que ce n'est pas le désir de conserver l'iris qui manque au chirurgien de Berlin, mais bien la possibilité sur le terrain qu'il a choisi et où il persiste à se maintenir.

Encore quelques pas de plus, et, de déductions en déductions, Von Græfe arrivera à notre extraction directe.

§ III

De l'extraction directe.

L'appareil instrumental est des plus simples, puisqu'il se compose, d'une manière à peu près exclusive, de la pique de Pamard, de la curette de Critchett, et enfin de notre kératotome à arête tranchante.

Cet instrument n'est autre qu'un couteau lancéolaire courbe, présentant une sorte de crête ou d'arête tranchante sur la concavité de sa lame. La curette est fixée à l'extrémité libre du manche, et s'en sépare à volonté.

Toute l'économie de notre procédé opératoire repose, en dernière analyse, sur la configuration du couteau lancéolaire; il importe, par conséquent, de bien connaître cet instrument.

Son fer de lance est légèrement courbé; de

sa pointe à sa base, il mesure 12 millimètres; sa base elle-même a une largeur de 10 à 11 millimètres, selon les modèles. Vers sa concavité, et à 5 millimètres de sa pointe, commence l'arête tranchante, qui a, à son maximum, près de 3 millimètres de saillie. Elle ne fait pas corps avec le fer de lance; elle s'y adapte à l'aide d'un pas de vis.

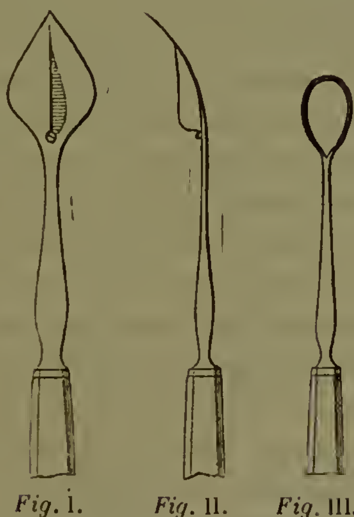


Fig. I. Kératotome lancéolaire à arête tranchante, vu de face; grandeur naturelle.

Fig. II. Le même instrument vu de profil, avec son degré de courbure et la saillie de son arête tranchante.

Fig. III. Curette large et peu profonde pour l'extraction du cristallin.

L'opération est pratiquée de la manière

suivante, les paupières étant tenues écartées. avec le dilatateur à crémaillère de M. Mathieu :

Premier temps. — Le kératotome, tenu comme une plume à écrire, et dans une position telle que sa convexité regarde en avant et l'arête tranchante en arrière, est engagé rapidement dans la cornée, vers son bord externe, et à 4 millimètres de son union avec la sclérotique. L'œil ne se dévie pas, fixé qu'il est par la pique de Pamard.

Deuxième temps. — Le fer de lance est dirigé de telle sorte que sa pointe, traversant le champ pupillaire, arrive obliquement, en dedans et en arrière, vers le bord interne du cristallin, qu'elle contourne pour pénétrer quelque peu dans la zonule hyaloïdienne.

Pendant ce temps si important de l'opération, il ne faut se préoccuper que de deux choses : de la direction à donner au couteau, et de son degré de pénétration dans la chambre antéro-postérieure de l'œil.

Troisième temps. — Le couteau est dégagé à demi, de telle sorte que sa pointe revient en regard de la pupille, plus ou moins rétrécie, après l'évacuation de l'humeur aqueuse : on l'utilise alors pour débrider la capsule antérieure du cristallin, avant de retirer l'instrument.

La lame de notre kératotome pénètre dans la cornée avec une facilité extrême; l'impulsion, tout d'abord, ne doit donc pas être très-forte ; ce n'est qu'à l'instant où l'arête tranchante entre en action que le degré de résistance augmente.

Il ne faut pas se préoccuper de quelques gouttelettes de sang qui apparaissent, parfois, dans le champ pupillaire après le dégagement du couteau. Elles sont fournies par le bord pupillaire de l'iris, qui, en revenant brusquement sur lui-même, au troisième temps de l'opération, a rencontré le bord tranchant de notre couteau et s'est laissé légèrement scarifier par lui.

Cet hypohœma est sans importance, il ne gêne nullement la suite des manœuvres, et sa résorption se fait ordinairement en 36 ou 48 heures.

Si l'on a bien saisi la manière d'agir de notre procédé opératoire, on voit qu'il soumet la cornée à une double incision rectiligne : l'*une*, *verticale*, mesure 8, 9 ou 10 millimètres; l'*autre*, *horizontale*, a 3 millimètres d'étendue seulement.

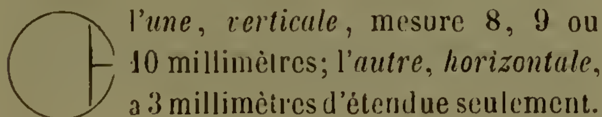


Fig. IV. Forme de l'incision faite au côté externe de la cornée avec le kératotome à arête tranchante.

Dans le trajet oblique que parcourt la lame du couteau, aucune partie importante du globe oculaire n'est exposée à une lésion accidentelle. Ce trajet, d'ailleurs, n'est autre que celui suivi par l'aiguille, qui, dans l'abaissement, traverse la sclérotique et pénètre plus ou moins dans la chambre antérieure pour débrider la capsule avant de déprimer le cristallin opaque. Seulement, ici, la marche a lieu en sens inverse, et les instruments n'ont rien de commun entre eux.



Fig. V. Coupe horizontale. Ligne suivie par notre kératotome depuis le côté externe de la cornée jusqu'à la zonule hyaloïdienne. Il ne faut voir ici que la direction générale du couteau, que l'on a isolé le plus possible pour éviter la confusion des lignes dans le dessin. En réalité, le point de ponction est plus éloigné du centre, puisqu'il doit être reporté à 4 millimètres de la périphérie de la cornée.

Le trajet oblique que nous venons d'indiquer mesure, de son point de départ à son ar-

rivée, 12 millimètres environ. C'est la longueur même de notre couteau. Pour atteindre, et par conséqnent pour pouvoir léser la paroi interne et correspondante de l'œil, il faudrait donner à cette même lame une longueur de 15 à 16 millimètres. On voit donc qu'il est inutile de se préoccuper, *à priori*, d'une pareille lésion.

Disons-le, en outre, une fois pour toutes : le degré de pénétration du fer de lance n'est pas porté toujours et indifféremment à son maximum, c'est-à-dire à 12 millimètres. Il reste subordonné (comme cela devait être, eu égard aux progrès réalisés aujourd'hui par rapport au diagnostic) à l'espèce de cataracte que l'on a à extraire ; les cataractes molles ou demi-molles s'accommodant d'une ouverture de sortie plus restreinte, vu la facilité de leur fragmentation.

Mais il s'agit là d'une appréciation toute clinique, variable selon chaque cas particulier, et sur laquelle nous n'avons pas à insister actuellement.

Quoi qu'il en soit, la ponction ayant été exécutée telle que nous venons de la décrire, la zonule hyaloïdienne, quelque peu intéressée par la pointe du kératotome, est apte à laisser s'écouler une petite quantité d'humeur

vitrée sous l'influence d'une pression intempestive. Cette quantité, toujours très-minime, est sans importance réelle relativement aux suites de l'opération ; il suffit de cesser la manœuvre de glissement et de procéder de suite à l'extraction de la cataracte avec la curette pour arrêter cette déperdition.

La curette que j'utilise est large, peu excavée, à l'instar de celle de Critchett. L'habitude que j'ai de m'en servir est peut-être l'unique motif de la supériorité que je lui accorde sur le crochet. D'ailleurs, je n'aime guère, pendant une opération, à changer d'instrument, et la curette remplit à la fois plusieurs fonctions auxquelles un simple crochet ne saurait suffire. (Voy. fig. III.)

Je ferai remarquer enfin que, dans notre procédé, l'espace est loin d'être aussi restreint que dans l'irido-extraction, ce qui permet l'emploi d'instruments plus volumineux.

Appliquée vers la base des petits lambeaux valvulaires de la cornée, qu'elle déprime en dedans, la curette peut encore être très-utile, car, en même temps qu'elle rend béante l'ouverture qui va livrer passage au corps opaque, elle favorise par surcroît son dégagement par la pression méthodique qu'elle exerce sur le globe oculaire lui-même.

On sait que la section accidentelle de l'iris est toujours possible dans l'extraction semi-lunaire, on n'ignore pas non plus que son excision préalable est de rigueur dans le procédé linéaire actuel; ici, au contraire, la conservation intégrale de cette membrane devient le caractère prédominant de notre mode opératoire.

En résumé, lorsque, il y a plus de vingt ans, j'abordai l'étude spéciale de l'ophthalmologie, les trois méthodes classiques divisaient encore les maîtres de la science, et chacune de ces écoles avait ses partisans.

J'ai appartenu successivement à ces trois écoles, car j'ai tour à tour mis en usage l'*abaissement*, le *broiement* et l'*extraction*. J'ai fait plus : je me suis efforcé de modifier, de perfectionner même plusieurs des procédés propres à ces méthodes. C'est ainsi que j'ai décrit un procédé nouveau pour réaliser l'abaissement en masse du cristallin et de la capsule, dans le but de prévenir le développement des cataractes secondaires, si fréquentes après les opérations à l'aiguille. (Voy. *Traité clinique des maladies des yeux*, 1847, p. 460.) Mais l'expérience n'a guère tardé à m'apprendre

que, si j'étais parvenu par ce moyen à prévenir en partie l'un des accidents consécutifs propres à l'abaissement, je n'en restais pas moins exposé à tous les autres.

Avec les procédés anciens comme avec les nouveaux, je suis enfin arrivé à cette conviction que, dans l'abaissement, ce qui est défectueux c'est moins tel ou tel procédé opératoire que la méthode elle-même, c'est-à-dire que l'idée même qui lui a donné naissance.

Plus tard, j'ai essayé de tirer du broiement un meilleur parti, et, désireux de le rendre aussi complet que possible, en attaquant simultanément et dans la plus grande étendue la capsule antérieure et les couches superficielles du cristallin, j'ai eu recours à la méthode galvano-caustique, qui m'a si bien réussi, alors comme depuis, dans le traitement des tumeurs et des fistules lacrymales.

Mais, abstraction faite des avantages comme des inconvénients de cette manière de faire, dans l'espèce, il m'a été facile de reconnaître qu'avec ce procédé, comme avec les autres, il n'en fallait pas moins passer sous les fourches caudines de la résorption, toujours si lente, toujours si capricieuse chez les vieillards, et la subir avec toutes ses conséquences.

Ici encore, ce qui est défectueux, comme

je l'ai constaté, ce n'est pas seulement le procédé, c'est la méthode elle-même.

Restait enfin l'extraction avec ses succès admirables, avec ses revers foudroyants.

Je l'ai prise et reprise dans tous les sens... tantot m'efforçant d'assurer son exécution plus régulière et plus méthodique à l'aide de mon kératotome fixateur, tantôt utilisant pour les cataractes molles mon kératotome droit à arête tranchante.

De ces opérations multipliées, j'ai acquis cette conviction, c'est que, dans l'extraction, ce qui est défectueux ce n'est pas la méthode elle-même, mais, au contraire, tel ou tel de ses procédés d'exécution.

Il ne restait plus dès lors qu'à se mettre à l'œuvre pour substituer aux procédés plus ou moins ébauchés de Méry, Daviel, Travers, Von Graefe, Critchett, etc., un procédé mieux travaillé et plus perfectionné.

Là était la difficulté. Un nouvel instrument, celui que je viens de faire connaître, m'a seul permis de la lever tout entière, ainsi que je viens de l'exposer.

Le traitement auquel je soumets mes opérés est des plus simples : je pratique l'occlu-

sion des paupières avec des bandelettes agglutinatives, et à l'aide d'un gâteau de charpie enveloppé d'une compresse pliée en deux. Un bandage approprié, appliqué par-dessus, exerce une compression modérée sur le globe oculaire. Je m'abstiens complétement de réfrigérants.

Règle générale, le bandeau, sauf indications particulières, n'est levé que le sixième jour. Il est réappliqué jusqu'au huitième, et remplacé alors par un simple linge flottant.

L'opéré n'est tenu au lit que pendant les vingt-quatre premières heures, et il est soumis à un régime plutôt tonique que débilitant.

Un ou deux purgatifs sont prescrits ordinairement au début du traitement, dont la durée moyenne est de douze à quinze jours.

FIN.